

# BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

---

VOL. XVIII

ABRIL DE 1957

N.º 10

---

## Sumário:

	Pág.
<i>Eclampsia e seu tratamento — Dr. WALDEMAR MACHADO .....</i>	147
<i>Conduta na hérnia estrangulada e nos ferimentos por bala — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO</i>	153
<i>Microreacción de Migliano en la exclusión de la sifilis en los hemodadores — Drs. ECIO MANZONI e ALBERTO BATTAGLIA .....</i>	156
<i>Literatura Médica — Separatas recebidas .....</i>	160

---



# Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "ANALS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

*Editado sob a direção do*  
DR. ADHEMAR NOBRE

*pelo*  
**SANATÓRIO SÃO LUCAS**

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

*Diretor*  
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

---

## DIRETORIA 1957/1958



*Presidente :*  
DR. LUIZ BRANCO RIBEIRO

*Vice-Presidente :*  
DR. PAULO R. C. REBOCHO

*Primeiro Secretário :*  
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

*Segundo Secretário :*  
DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITNER

*Primeiro Tesoureiro :*  
DR. FERDINANDO COSTA

*Segundo Tesoureiro :*  
DR. JOHN KOLB

*Bibliotecario :*  
DR. NELSON CAMPANILE

*Conselho Consultivo :*  
DR. PAULO G. BRESSAN  
DR. WALDEMAR MACHADO  
DR. MOACYR BOSCARDIN  
DR. ROBERTO DELUCA  
DR. ERNESTO AFONSO DE CARVALHO

**BOLETIM  
DO  
SANATÓRIO SÃO LUCAS**  
**INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA**

VOL. XVIII

ABRIL DE 1957

N.º 10

**Eclampsia e seu tratamento (\*)**

**DR. WALDEMAR MACHADO**

*(Chefe da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas : Obstetra e Ginecologista da C. A. P. F. e Serviços Públicos de São Paulo).*

Desde a descoberta da Clorpromazina, ou amplictil, como é apresentada em nosso meio, numerosos têm sido os empregos dessa droga em casos dispares e quase sempre com resultados animadores, tanto assim que, raramente, consultando-se a bibliografia, deixamos de encontrar trabalho demonstrando o sucesso alcançado com a nova droga, em vários casos clínicos. A administração do produto foi rapidamente estendida ao campo da obstetrícia, com resultados surpreendentes, em vários aspectos. Assim, a começar pela hiperemese gravídica, como no final da gestação, da D.H.E.G. e na analgesia do trabalho de parto, o seu emprego a cada dia, confirma a eficácia do medicamento.

Levados por trabalhos estrangeiros e nacionais, começamos a empregar o amplictil, de acordo com as indicações. Apresentamos, a seguir, nossas observações e os resultados alcançados nos vários casos.

O amplictil, descoberto nos laboratórios de pesquisas de Rhone-Poulenc-Spécia, teve sua síntese realizada por Sharpentier e foi estudado experimentalmente por Courvoisier, Kolsky, Fournel, Ducrot e Koetscher. Apresenta as seguintes propriedades essenciais: estabilizador do sistema neurovegetativo; hipnótico e anticonvulsivante; antiemético; potencializador dos anestésicos gerais, dos hipnóticos e dos analgésicos.

Com essas propriedades foram surgindo suas indicações e empregos nos vários sectores da medicina, como na clínica geral, na psiquiatria, na pediatria e na obstetrícia e ginecologia.

A posologia do amplictil não apresenta ainda limites precisos, variando com cada caso em particular. As vias de introdução do

(\*) Trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas em 12-3-57.

medicamento são a oral e a parenteral. Nesta última, as injeções intramusculares ou intravenosas são aplicadas de acordo com o caso clínico, sabendo-se que as ampolas de uso intramuscular são de 5 cm<sup>3</sup> com 25 mlg. de base ativa e as injeções intravenosas de 2 cm<sup>3</sup> de 50 mlg. de base ativa. Nos casos de hipertensos ou hipotensos, principalmente nos primeiros dias de tratamento, é recomendável repouso no leito por meia hora, sem travesseiro, sendo nessas condições bem tolerado.

No período de 1939, desde a fundação até 1950, novembro quando se inaugurou a secção de Maternidade do Sanatório São Lucas foram atendidas no serviço de cirurgia geral 12 pacientes com eclampsia. Desta, 9 foram cesariadas, ou seja 66,6%, havendo apenas 1 morte materna. Quanto aos fetos, encontramos referência apenas a 2 casos, que saíram bem; os demais, 6 não têm referência alguma; em 1 caso, ou seja 8,3% foi feita a aplicação de forcipe, com bom resultado para o conjunto feto materno, tendo tido alta em boas condições. Em 3 casos, foi feito tratamento com morfina, glicose hipertônica e cloral hidratado e sangria; uma das pacientes faleceu após 10 crises convulsivas, falecendo também o feto; noutro caso de gravidez de 5 meses, foi feito tratamento com sulfato de magnésio, glicose, cloral, morfina e novocaina, tendo falecido mãe e feto.

Resumindo temos um grupo de 12 pacientes com eclampsia que entraram no hospital em estado de coma, tendo falecido apenas 3, ou seja 40%.

Quanto aos fetos há grande falta de dados, não encontrando informações em 6 pacientes; das 6 restantes, 2 tiveram fetos vivos e 4 morreram, sendo 2 após cesariana e 2 de mãe que receberam tratamento clínico.

Vimos, assim, que, na primeira fase do Sanatório, o internamento de gestantes era raro e sómente casos graves. Nesse grupo, verificamos que as pacientes operadas foram mais beneficiadas que as que receberam tratamento clínico. Assim, das 12 pacientes, 8 foram cesariadas, havendo 2 mortes maternas, ou seja 25%; em um caso de forcipe a paciente teve alta bem; nos três casos de tratamento houve dois casos de morte materna, ou seja 66%. Nesses 3 casos o tratamento constou apenas de sangria e injeções de glicose hipertônica e renina.

Quanto aos fetos, a falta de dados não nos permite apresentar resultados, mas de um modo geral verificamos que nesses 12 casos, aqueles submetidos às operações foram os melhores sucedidos.

Considerando-se a gestão como um "stress" deverá haver uma resposta favorável no organismo materno para que o síndrome de adaptação decorra normalmente. Caso não haja a adaptação materna, uma das maneiras de reação, com seu cortejo sintomático, é a da D.H.E.G. Instalada, necessário se torna atacá-la imediatamente, não permitindo seu agravamento, de repercussão funesta ao duo materno fetal.

Vários trabalhos nacionais atestam os bons resultados colhidos com o emprego do amplictil na D.H.E.G., como os de: Mozart Borges, Bezerra e Col; Medrado e Tavares; J. R. Cavendich e Neme e col.

### QUADRO N.<sup>o</sup> 1 — 1939 a 1940

<i>Gravidez</i>	<i>P. A.</i>	<i>Id.</i>	<i>Gest.</i>	<i>Ex. Urina</i>	<i>Tratamento</i>	<i>N.<sup>o</sup> crises</i>	<i>Resultados</i>
7 meses	18x13	24	Prim. Gest.	Alb. traços acentuados	morfina. Glicose chl. hid.-sangria	10	Morte materna e fetal
8 meses	sem dados	sem dados	sem dados	não foi feito	morfina, glicose renina, cesareana	s/dados	Bem
sem dados	sem dados	32	sem dados	Alb. + + + Sls. hial. gran. Uréia 25 mg.	renina, cesareana glicose, morfina	s/dados	Bem
sem dados	sem dados	22	sem dados	Alb. + + Sls. hial. gran. D. 1020 Uréia 26 mg.	Cesária	s/dados	Bem
9 meses	sem dados	26	Prim. Gest.	D. 1022. Alb. + + + Sls. Hial.	sangria, cesária	várias ant. parto	Bem
9 meses	sem dados	22	Prim. Gest.	s/dados	Forcipe	intraparto	Bem
7 meses	18x9	25	sem dados	Uréia 55 mg.	Cesária	vários ataques	s/dados
6 meses	sem dados	34	sem dados	s/dados	Cesária	s/dados	Bem
sem dados	sem dados	35	sem dados	D. 1014. Alb. + + + Sls. hials. Gran.	Cesária	s/dados	Bem
9 meses	18x10	22	Prim. Gest.	D. 1021 Alb. + Sls. Hial. Gran.	Cesária	s/dados	Bem
5 meses	16x10	22	Prim. Gest.	Alb. + Cils. Hial. Gran.	Sulfato mag. Glicose, cloral Morfina, novocaina	Coma	Morte materna e fetal
8 meses	26x12	35	Non. Gest.	D. 1023 - Cil. Huial. Gran.	Glicose, Sulf. mag. Novocaina, cesária	s/dados	Morte materna e fetal

Baseados, então, nesses trabalhos, começamos a empregar no nosso serviço do Sanatório São Lucas o amplictil, só ou associado à novocaina e phenergan, nos casos de gestões hipertensivas.

Desde a instalação da seção de maternidade, em 1951, até o mês de Agosto de 1955, inclusive, tivemos 16 casos de eclampsia, num total de 2.647 parturientes, o que dá uma porcentagem de 0,6%.

Nos anos de 1951, 52 e 53 foram feitos tratamentos com morfina, sonifene, sulfato de magnésio, glicose em soluto hipertônico ou seja 7 casos, como demonstra o quadro 2; desses 7 casos, tivemos 3 casos de cesaria, um de forcipe, e 3 partos normais, não havendo mortalidade materna, porém, 2 casos de fetos natimortos, ou seja 14,2%; 1 após a aplicação de forcipe e 1 após parto normal; nos 3 casos de cesaria não houve mortalidade fetal.

#### QUADRO N.<sup>o</sup> 2 — 1951 a 1953

<i>Gravides</i>	<i>P. A.</i>	<i>Id.</i>	<i>Gest.</i>	<i>Ex. Urina</i>	<i>Tratamento</i>	<i>N.<sup>o</sup> crises</i>	<i>Resultados</i>
9 meses	13x9	18	Prim. Gest.	s/dados	morfina, sonifene sulfato magnésio Glicose, forcipe	duas antes e duas após parto	Bem
7 meses	23x15	31	Sex. Gest.	Alb. ++ Sils. Hidr. Gran. Ureia 75 mg.	Sulf. magnésio Glicose, cesária	não houve	feto nati-morto mãe bem
8 meses	17x10	22	Prim. Gest.	s/dados	Glicose, cesária	várias crises na res.	mãe e feto bem
9 meses	15x8	18	Prim. Gest.	s/dados	Glicose, sulf. magnésio	uma crise antes e três após o parto	Bem
8 meses	14x9	18	Prim. Gest.	s/dados	Morfina, sulf. magnésio Glicose	quatro crises	Parto normal gemelar bem.
9 meses	15x9	23	Prim. Gest.	Alb. ++	Morfina, glicose Sulfato mag. renina Cesária	várias crises após parto	Alta bem
7 meses	17x14	37	Oct. Gest.	s/dados	Glicose, sulf. magnésio	várias crises	feto nati-morto

Dos 9 casos restantes, quadro 3 em que já iniciara o tratamento com ampicil-phenergan, tivemos 2 casos de cesaria; 21,1%; e 2 casos de forcipe; 21,1% e 5 casos normais, ou seja 55,2%. Nos casos de cesaria, tivemos uma morte materna, 50%, em pleno coma eclámptico e 1 caso nos partos normais, 20%; tivemos 2 partos gemelares, 18%; 3 fetos natimortos ou seja 27,2%; 1 feto de 5 meses macerado; 1 natimorto após forcipe e 1 natimorto, macerado, dos gemelares da cesaria. Englobando, temos 2 casos de morte materna, 21,1%; e 3 casos de morte fetal, 27,2%.

Confrontando os 3 grupos aqui relacionados, de 12,7 e 9 casos, respectivamente, verificamos que no grupo 1, nove foram cesariadas, apresentando um óbito materno; 1 caso de aplicação de forcipe, com sobrevida materna e fetal; 2 casos com tratamento clínico, com morte materna e fetal. Neste grupo sobressaem como os de maior sucesso,

aqueles em que foi retirado o feto o mais precocemente possível, isto é a histerotomia.

No quadro 2, com tratamento clínico até há pouco preconizado, não houve mortalidade materna, tendo falecido apenas dois fetos.

### QUADRO N.º 3 — 1954 a 1956

<i>Gravidez</i>	<i>P. A.</i>	<i>Id.</i>	<i>Gest.</i>	<i>Ex. Urina</i>	<i>Tratamento</i>	<i>N.º crises</i>	<i>Resultados</i>
8 meses	16x10	22	Primig.	Alb. + + + Cils. Hial. Gran.	Ampletil, fe- negan, glico- se novocaina	Várias após parto ge- melar	Alta bem
5 meses	25x14	35	Sextig.	Ureia 35 mg. D. 1020 Alb. + + + Cil. Hial. Gran.	Novocaina, Ampletil Fenergan, Demerol Soro glicosado	Não houve	Parto normal — feto macerado
9 meses	17x9	23	Primig.	s/dados	Fenergan Ampletil, nov. dol. Soro glicoso- sado	Duas antes da medica- ção e duas após	Fórceps. Feto nati-morto — Alta 4 dias.
9 meses	17x11	18	Secund.	s/dados	Fenergan., Ampletil Dolan, fe- nerg. Novo- caína sóro glicosado	3 crises apés parto.	Alta bem — 8.º dia
9 meses	15x9	24	Primig.	Alb. + + + Dil. Hial. Gran.	Ampletil Phener., novo sor. Glicosado	Entrada em coma	Parto normal — Alta bem
9 meses	14x9 1/2	22	Primig.	Alb. + + D. 1018 Cils. Hial.	Fenergan, Ampl. Soro glicosado	Uma crise	Fórceps. Alta mãe e feto bem
7 meses	14x9	22	Primig.	Alb. + + D. 1019, Cils. Hials.	Ampletil, fe- nerg. Dolantina Sóro glicosado	Três crises — coma	Cesária e psico- se após parto.
9 meses	19x14	33	Tereig..	s/dados	Dolantina, fen. Amplet. sóro glie.	Várias crises na resid.	Feto bem — Hemr. atonia. ut. e morte mat. apés his- terect.
9 meses	17x11	29	Tercig..	Alb. + + + Cils. Hial. Gran. D. 1020	Fenergan, dolant. sóro glicosado	duas ante-par- t. coma	Cesária segmen- tar itativa — Parto gene- lar um mace- rado e 1 nati- vivo.

No quadro 3 tivemos 1 caso de morte materna e 3 de morte fetal.

Não contamos ainda número suficiente de casos para que possamos ponderar êsses resultados, pois, é bem sabido da diversidade de intensidade da moléstia, em várias pacientes, reagindo cada qual a sua maneira.

Se não podemos ainda, com os dados colhidos, apresentar resultados concretos, um fato, entretanto, ressalta: as pacientes tratadas com amplicil-phenergan, tiveram recuperação muito mais rápida e período de internação mais curto, comparados aos outros tipos de tratamento.

#### QUADRO N.º 4

	QUADRO I	QUADRO II	QUADRO III
Cesáreas.....	9	3	2
Forcipes.....	1	1	2
Mortalidade materna..	3	0	1
Mortalidade fetal....	3 (incompleto)	2	3

É essa uma pequena contribuição que trazemos do nosso serviço, no Sanatório São Lucas, concorrendo, assim, para que se possa obter um cotejamento com outros serviços, de modo a podermos aquilar das vantagens ou desvantagens dêsse esquema de tratamento.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) CAVENDISH (Jorge Pessoa) — *Contribuição ao estudo do tratamento das toxemias gravídicas pelos derivados da fenotiazina.* — "Publicações Médicas", XXV, 189.
- 2) TAVARES (José), MEDRADO (Waldir) — *Aneuroplegia na eclampsia e pré-eclampsia* — "Publicações Médicas", XXV, 190.
- 3) NEME (B), SAWAYA (C), ARAUJO, ABRÃO — Fundamentos fisiopatológicos da terapêutico médica da eclâmpsia. — "Revista Paulista de Medicina", 46, Março de 1955.

## Conduta na hérnia estrangulada e nos ferimentos por bala\*

**Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO**

(*Diretor do Sanatório São Lucas*)

Vamos dizer algumas palavras a respeito de dois casos que tivemos a ocasião de observar no Sanatório São Lucas e que merecem alguns comentários. São dois casos que nos vieram do Hospital das Clínicas. Um trouxe uma conduta até certo ponto aconselhável e perfeitamente compreensível; o outro, entretanto, nos parece merecedor de nossos reparos a respeito da conduta que foi executada naquele nosocomio. O primeiro refere-se a um rapaz que, por um desentendimento com a família, relativo aos seus estudos, deu um tiro no peito. A bala não foi penetrante; naturalmente encontrou um arco costal, desviou-se e foi-se localizar subcutâneamente perto da coluna vertebral do mesmo lado (lado esquerdo). O rapaz foi levado para o Hospital das Clínicas e aí apresentou um quadro agudo abdominal, consequente possivelmente à irritação dos nervos intercostais, tão freqüente na pneumonia, nas pleurisias, no pneumotorax espontâneo, em que as manifestações para o abdomen superior muitas vezes têm levado os médicos a atos cirúrgicos na suposição da existência de um processo agudo abdominal. De sorte que não é de estranhar que, também nesse caso, no Hospital das Clínicas, o rapaz fosse levado à mesa e fosse feita uma laparotomia verificadora. Nessa laparotomia nada foi encontrado em relação ao acidente em si, quer dizer, não se encontrou bala, porque ela se achava subcutaneamente; não se encontrou perfuração nenhuma, porque essa bala não tinha sido penetrante; e apenas se notou a presença de um divertículo de Meckel e esse divertículo foi extirpado. É o único ponto em que poderíamos ter um pouquinho de relutância para aceitar como bem orientada a conduta cirúrgica num caso agudo em um indivíduo extremamente excitado por uma tentativa de suicídio. Talvez não fosse conveniente, numa laparotomia verificadora fazer-se uma cirurgia maior; devia-se ter limitado apenas à verificação da existência e correção de um processo agudo ou perfurativo. O fato é

(\*) Discussão de casos na Reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 25 de outubro de 1956.

que esse doente pelo seu estado nervoso e pelas condições laparotônicas, teve um ileo paralítico, que se mostrou irremovível: avesso aos tratamentos instituídos, o paciente teve seu êxito letal ao fim de alguns dias.

O outro caso, em que nos parece que a conduta tida naquele hospital não foi das mais felizes, foi o de uma senhora de 72 anos, que teve um estrangulamento de hérnia inguinal. Já por várias vezes ela tinha tido crises de estrangulamento e desta feita, pela madrugada, numa nova crise, foi conduzida ao Hospital das Clínicas: lá então se fez a taxia com grande esforço, ao que informa a doente, pois só após tentativas reiteradas e persistentes é que a redução se fez e então a conduta seguida foi a de enviar a enferma para casa em vez de interná-la e ficar em observação, uma vez que tinha essa crise já a várias horas e estava em estado geral relativamente grave, quando apresentava vômitos incoercíveis e dores muito intensas. Recolhendo-se a casa, ela continuou a sentir dôres abdominais e dois dias depois foi internada com o diagnóstico de peritonite, aqui no Sanatório São Lucas. Abrindo o ventre da enferma, verificamos que ao se processar à taxia havia-se produzido uma ruptura do intestino delgado, uma pequena perfuração como aquelas que se observam nos traumatismos agudos do abdomen e em que se dá uma verdadeira explosão de gases através da parede do tubo digestivo. Hoje em dia, quando os recursos cirúrgicos são bastante seguros, é estranhável que se insista numa taxia para resolver o caso de uma hérnia estrangulada. Naturalmente que o médico clínico que atende um doente nessas condições tem a obrigação de verificar se se trata de um simples encarceramento ou se se trata de um processo mais intenso. Deve ser feita alguma manobra, mas essa manobra deve ser feita com todo o cuidado, com toda a suavidade, para que não se processe o que se verificou nesse caso, isto é: a ruptura do intestino. A conduta mais aconselhável, e que nós temos usado aqui, normalmente, quando encontramos um caso de hérnia estrangulada, é a intervenção imediata. Com isso temos a segurança de evitar consequências tardias desastrosas, pois podemos verificar se as lesões de correntes do estrangulamento são lesões intensas ou se são lesões desprezíveis que possam permitir uma intervenção menos radical; o que é estranhável é justamente isso de se ter encaminhado essa enferma para casa depois de violentas manobras para a redução da hérnia. Para completar o caso: essa doente recuperou-se, apesar do processo de peritonite já bastante intenso que apresentava e depois dum crise cardíaca também bastante grave.

Recordamos, a propósito desse caso, outro que tivemos em nossa clínica e que foi bastante triste: um velho doente que havíamos operado de câncer de estômago ia indo muito bem quando foi veranear no Guarujá, onde teve um estrangulamento de hérnia inguinal: não encontrando médico lá, ele próprio procurou fazer a redução da sua hérnia e fez tanto esforço que, ao reduzi-la, produziu

uma perfuração intestinal; dois dias depois, sentindo-se cada vez pior, foi socorrido por colegas de Santos e lá foi internado num hospital, reclamando a nossa presença. Tivemos a ocasião de, na companhia do dr. Saldanha Faria, operar esse doente às duas da madrugada, verificando então a perfuração e uma peritonite generalizada, que o conduziu à morte em poucas horas.

Eram esses casos que queríamos assinalar, para mostrar como a orientação clínica precisa ser muito cuidadosa e como devemos ter sempre em mente certos fatos que nos orientam na conduta que devemos seguir.

## Microreacción de Migliano en la exclusión de la sifilis en los hemodadores (\*)

Drs. ECIO MANZONI y ALBERTO BATTAGLIA  
(Buenos Aires, Argentina)

En el año 1940, el Dr. Luis Migliano publica en la "Gaceta Médica" de Brasil su "Avario reação", reacción de flocculación para el diagnóstico de la sifilis; conocida y difundida como *Reacción de Migliano*.

Según expresiones del mismo autor, por ser él amigo de la ley del mínimo esfuerzo, hacia tiempo que buscaba una reacción para el diagnóstico de la sifilis que reuniese "especificidad, simplicidad y rapidez", y tras un sinnúmero de experiencias vió coronado su trabajo por el éxito, pues "la simplicidad de la técnica, la facilidad de preparación de la suspensión coloidal, la conservación de esta por un periodo de tiempo muy dilatado, y los resultados concordantes con las más renombradas reacciones congénères, son las características principales que justifican su divulgación".

La reacción de Migliano, en sus diversas técnicas sobre suero humano o sangre total (húmeda o desecada) utiliza antígenos propio, constituido por una solución alcohólica de lipoides de corazón de buey (preparada en forma análoga a la seguida por Augusto de Castro Cerqueira en la confección de su antígeno), a la que se adiciona luego en proporciones adecuadas una mezcla formada por tintura de bálsamo de tolú, tintura de benjuí de Sumatra y solución alcohólica de colesterol al 1 por ciento. Una vez elaborado el antígeno se prepara la suspensión coloidal del mismo, diluyéndolo en la llamada "solución estabilizadora", con lo que se obtiene el antígeno o "coloide de Migliano". Dejado entonces en reposo durante una semana, para su completa maduración, queda listo para su uso inmediato durante semanas y aun meses, y ello sin perjuicio de sua eficiencia diagnóstica.

La característica fundamental de la reacción de Migliano estriba, pues, en la conservación de la suspensión coloidal a la temperatura ambiente, por un periodo de tiempo, al decir del autor, "muy dilatado y aun no alcanzado por otro antígeno congénere, lo cual la

(\*) Transcrito de "El Día Médico", n.º 52 — 1954. Buenos Ayres.

distingue de todas las otras suspensiones coloidales para el diagnóstico de la sífilis".

Dicha conservación prolongada del *coloide de Migliano*, permite tener siempre a mano un reactivo listo para el diagnóstico o exclusión de la sífilis, hecho digno de destacarse y apreciar, especialmente, en las emergencias (transfusiones de sangre, selección rápida de hemodadores, catastrós serológicos, etc.). Permite, además, despreocuparse del factor tiempo en la distribución o utilización del antígeno, puesto que éste se conserva mucho tiempo listo para su uso inmediato: cosa que no ocurre, por ejemplo — entre nosotros — con las suspensiones del antígeno de Meinicke, que debe ser distribuido en el término de 10 minutos y del antígeno de Kahn durable sólo media hora.

La reacción de Migliano si bien cuenta con más de doce años de existencia — a contar de la primera publicación de su autor efectuada en el Brasil — entre nosotros e comenzado a difundirse recién a partir del año 1951, a raíz principalmente del trabajo de los doctores Etcheverry, Cima y Marchissio, presentado a la Sociedad Argentina de Médicos Laboratoristas Clínicos. Diversos colegas la han experimentado o la utilizan; y en el comercio se expende un excelente "Coloide de Migliano" preparado en el país.

### REACCIÓN DE MIGLIANO Y HEMOTERAPIA

Dadas las características propias del antígeno o coloide de Migliano, vale decir su *prolongada conservación a temperatura ambiente*, y listo para su *uso inmediato*, hemos ensayado la microrreacción de Migliano sobre suero humano, para excluir la sífilis en los presuntos dadores de sangre.

Sabido es que una de las mayores dificultades prácticas de las clásicas reacciones serológicas (Wassermann y Kahn) estriba en su prolongado tiempo de ejecución y técnicas complejas. Las microrreacciones de Chediak, de Kline y de Mazzini, presentaron sobre ellas significativas ventajas por sus técnicas sencillas y ejecución rápida, lo que determinó su adopción en muchos Servicios de Hemoterapia. En lo que respecta a la microrreacción de Migliano, su adopción como examen de rutina para investigación previa de la sífilis en los hemodadores no creemos que haya sido implantada todavía, entre nosotros. Quizás ello se deba, en parte, a que su difusión no es aun muy grande y, por lo tanto, su técnica, especificidad y ventajas prácticas en la especialidad, no son mayormente conocidas.

La finalidade de esta breve comunicación, al dar a conocer nuestra modesta experiencia sobre la microrreacción de Migliano, es sólo la de señalar suas ventajas de índole práctica, especialmente a los colegas que se dedican a hemoterapia.

Todos nuestros ensayos de la microrreacción de Migliano han sido hechos con suero humano, en *policuheta*, en la forma llamada

por el mismo autor "microrreacción tipo Kline"; pues como es sabido la reacción de Migliano puede efectuarse también *en tubo* (reacciones de floculación por centrifugación y por agitación) y con *sangre total* (húmeda o desecada). Mayores detalles de ejecución y técnicas pueden obtenerse en los artículos originales del autor, uno de ellos publicado en la "Revista Oral de Ciencias Médicas" (Buenos Aires, N.<sup>o</sup> 125; marzo de 1947).

### NUESTRA EXPERIENCIA, EN MICRORREACCIÓN DE MIGLIANO

Llevamos practicadas hasta la fecha más de 5.000 microrreacciones de Migliano, todas ellas confrontadas con las reacciones de Kahn Standard y Kahn Presuntiva. 3.774 microrreacciones fueron realizadas en sueros activos, correspondientes a hemodadores del Servicio de Hemoterapia del Hospital Argerich. 1.237 microrreacciones fueron realizadas en sueros calentados a 56 grados C. durante 30 minutos, en el Laboratorio Clínico de la Mutualidad de Teléfonos del Estado.

Las microrreacciones de Migliano efectuadas en el Hospital Argerich se hicieron mezclando una gota de suero con dos gotas del coloide de Migliano; y la mayoría de las efectuadas en la Mutualidad de Teléfonos del Estado, se hicieron mezclando una gota de suero con una gota del coloide de Migliano. Logo que en un principio se hizo con propósitos de economía del antígeno, se proseguío luego como rutina al comprobar que no era indispensable la cantidad de tres gotas preconizadas por el autor. Queda entendido que esta disminución de la cantidad del antígeno nos ha dado resultados siempre concordantes con los de las Khan Standard y Presuntiva, en lo que se refiere a reacciones *positivas o negativas*, sin entrar a considerar el número de crucis de cada una de ellas, por cuanto nuestros propósitos se reducían sólo a exclusión de la sífilis.

Los resultados obtenidos con las 5.011 microrreacciones de Migliano efectuadas pueden desdoblarse del modo siguiente:

Microrreacciones positivas, 188; microrreacciones negativas, 4.823.

Los 188 sueros positivos, lo fueron con las tres reacciones practicadas en cada uno de ellos (microrreacción, Kahn Standard y Kahn Presuntiva).

Los 4.823 sueros negativos, lo fueron también con las tres reacciones; vale decir, que en todos los sueros en que la Migliano resultó negativa, las reacciones de Kahn arrojaron idéntico resultado.

Conocidas la *sensibilidad* y *especificidad* asignadas a las reacciones de Kahn (Standard y Presuntiva), la antedicha concordancia señalada más arriba en la *negatividad* de la Migliano con ellas,

permite afirmar — casi con absoluta seguridad — que una micronección de Migliano equivale a una reacción de Kahn negativa; lo cual da a la Migliano un gran valor diagnóstico y utilidad para ser usada como examen de rutina en la selección de hemodadores. Por ello es que nos permitimos aconsejarla a los colegas especializados en hemoterapia que actúan tanto en los grandes centros de población como en los centros apartados del país. La prolongada conservación del coloide de Migliano *a temperatura ambiente* (siempre que no se trate de regiones muy frías) les permitirá ejecutar la reacción en cualquier momento (aun con sueros sin inactivar), y les dará la suficiente garantía de que la sífilis ha sido convenientemente excluida.

## LITERATURA MÉDICA

### Separatas recebidas

**Does a Low Intake of Calcium Cause or Promote the Development of Rickets?** — Dr. A.R.P. Walker, The American Journal of Clinical Nutrition, 3, 2 março-abril, 1955.

**The composition of breast milk of african bantu mothers** — Drs. A.R.P. Walker, Ulla B. Arvidsson e W.L. Draper — The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 48, 5, 1954.

**The bovine tubercle bacillus in human tuberculosis** — Dr. Georges Buchanan — South African Medical Journal, 28, 2 novembro 1954.

**Tre rickettsial diseases of southern Africa** — Dr. James Gear — Journal of Clinical Science, 5, 3, Setembro 1954.

**Ability of normal and sickle-cell Hemoglobins to form complexes** — Drs. C.G. Anderson e S.B. Griffiths — South African Institute for Medical Research, 174, 13 de Novembro 1954.

**Q Fever in Nakuru, Kenya** — Drs. Craddock, M.B. Lond e James Gear — The Lancet, Dezembro 1955.

**Schistosoma Haematobium infestation and hepatic disease in Man** — Drs. John Higginson e Botha de Meillon, Archives of Pathology, 60 n.<sup>o</sup> 3, 1955.

**The Histopathology of epidemic follicular keratosis** — Drs. Lurie e Loewenthal — British Journal of Dermatology — 68, 4, Abril 1956.

**Swimmer's itch in south Africa** — Drs. Botha de Meillon e N. Stoffberg — South African Medical Journal, 28, 11 de Dezembro 1954.

**Photographic reproductions of large sections** — Dr. Ulrich e F.A. Brandt — South African Medical Journal, 19, 1954.

**Some of the clinical, pathological and experimental problems of the pneumoconioses** — Dr. Ian Webster — Proceedings of the Transvaal Mine Medical Officers Association — Vol. XXXIV, Dezembro 1954.

**The agricultural foundations of nutrition** — Dr. F.W. Fox — South African Medical Journal — Vol. 28, 1954 e Vol. 29, 1955.

**Virus Meningo-encephalitis in South Africa** — Drs. Philip Bayer e James Gear — South Africa Journal of Laboratory and Clinical Medicine, Vol. 1, n.<sup>o</sup> 1, março 1955.

**The excretion of virus dirung convalescence from poliomyelitis** — Drs. H. Malherbe e R. Harwin — South African Medical Journal, 29, 12 Novembro 1955.